

## P-3-41

### 整形外科病棟における転倒・転落予防に対する指標の検討

武蔵野赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、武蔵野赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>、  
武蔵野赤十字病院 外科<sup>3)</sup>、武蔵野赤十字病院 整形外科<sup>4)</sup>

○鈴木 克麻<sup>1)</sup>、原 純也<sup>1)</sup>、黒川美知代<sup>2)</sup>、星野 斐野<sup>2)</sup>、  
高松 督<sup>3)</sup>、山崎 隆志<sup>4)</sup>

【目的】当院整形外科における転倒・転落のアクシデント数は看護部の意識向上や環境整備など様々な策を講じたことにより減少に転じたものの、未だ一定数は報告されており、課題の一つとなっている。新たな視点として栄養状態を含めた患者を取り巻くいくつかの環境要因等において転倒・転落を予見・予防できる指標がないかを検討するために調査を行った。【方法】2016年1月～2018年6月の期間内に整形外科病棟入院中に転倒した24名を転倒例、同期間・同病棟入院患者のうち上記転倒例を除き無作為に抽出した24名における両者の年齢、BMI、血清Alb（以下Alb）、入院時摂取割合、提供エネルギー（以下E）と実摂取Eをt検定、食事の形態、義歯の有無についてχ<sup>2</sup>検定にて調査した。また栄養学的指標において有意差のあったものについてロジスティック回帰分析を行った。【結果】年齢・転倒例80.6歳 vs 対照例77.1歳（以下同順）、BMI21.8kg/m<sup>2</sup> vs 23.2kg/m<sup>2</sup>、Alb3.0g/dL vs 3.3g/dL（p<0.01）、入院時摂取割合80% vs 97.1%（p<0.01）、提供E28.2kcal/IBW vs 30.9kcal/IBW（p<0.05）、実摂取E20.9kcal/IBW vs 30.2kcal/IBW（p<0.01）、食事形態・常食42% vs 83%全粥食21% vs 4%軟食食29% vs 13%嚥下調整食8% vs 0%（p<0.05）、義歯有50% vs 50%・無50% vs 50%となり、内Alb、入院時摂取割合、実摂取E、食事形態におけるロジスティック回帰分析では実摂取Eのみオッズ比0.84（P<0.04）と統計学的に有意な差を得た。【考察】入院時に常食以外の食糧で全量摂取できておらず、Alb3.0g/dL未満の方は注意深い観察が必要ということが分かり、実摂取Eは転倒・転落予防における独立した予測因子であることが分った。

## P-3-43

### NAFLDに対する継続した栄養介入による減量効果

広島赤十字・原爆病院 医療技術部・栄養課

○保田 愛<sup>1)</sup>、山根那由可<sup>1)</sup>、堀 小百合<sup>1)</sup>、丹生希代美<sup>1)</sup>

【背景】近年、肝炎ウイルス治療の進化とともに、非アルコール性脂肪肝疾患（以下NAFLD）に関連した非B非C型肝炎が増加傾向にある。当院の入院患者に於いても、抗ウイルス剤投与の慢性C型肝炎患者は減少し、非アルコール性脂肪肝炎の肝生検目的や、NASHを起因とした肝がん治療の患者割合が増えてきている。【目的】当院では平成25年度頃より、肝疾患患者に対する栄養管理に積極的に取り組んでおり、栄養指導件数は全体の約3割を占める。時代背景と共に肝臓病栄養指導内容も変化しており、平成28年度のNAFLDに対する栄養指導の割合は、肝疾患全体の13%に対し、平成30年度は32%と増加傾向にある。当院では平成29年度から、NAFLDに対する減量外来を開設しており、それに伴い、減量外来以外でのNAFLD患者も増えているため、継続した栄養指導における、NAFLD患者への減量効果について、調査した。【方法】平成30年度に減量外来以外で継続して外来にて栄養指導を行っているNAFLD患者37名の減量効果について調査した。NAFLD患者は通常、3か月～6ヶ月の間隔で当院フォローしており、外来受診の際に、あわせて栄養指導を行った。また、平成26年度から行っている肝臓病教室では、疾患テーマ別に年6回実施しており、NAFLDが増加してきた平成30年度では、NAFLDをテーマに年3回開催し、理学療法士による運動療法の実験を取り入れた。【結果】NAFLDへの栄養食事指導による介入で得られた体重変化率は、初回指導から3ヶ月目で-21%（±2.94）、6ヶ月目で-2.5%（±4.58）であった。継続指導でできなかった患者の体重変化率は+0.5%（±2.00）だった。【結語】外来栄養食事指導を継続的に介入することで、NAFLD患者を体重減少に導くことが出来た。今後も肝硬変、肝がんへの移行者を減らすため、NAFLD患者への栄養指導を充実させていきたい。

## P-3-45

### 当院における退院時の栄養情報提供の現状

清水赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、地域医療連携課<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>

○千葉 早苗<sup>1)</sup>、石井 康浩<sup>2)</sup>、高橋美穂子<sup>3)</sup>

【背景】施設ごとに食事摂取基準や食形態名称に違いがある。退院時の栄養情報提供は経口摂取維持に繋がりQOLに寄与する可能性がある。今回、当院栄養課における退院時の栄養情報提供の現状を調査と症例を通して報告する。【方法】北海道十勝地域で共通の栄養情報提供書を使用し退院時に発行した。食形態は嚥下調整食学会分類を用いた上で写真を添付した。2017～2018年の同提供書の発行状況を調査した。【結果】発行数91件、年齢53～105歳（平均84.3歳）。提供目的（複数選択）は嚥下調整食74件、低栄養36件、がん6件、胃瘻栄養法4件、褥瘡1件、他4件であった。提供施設は特別養護老人ホーム66件、障害者支援施設15件、グループホーム4件、老人保健施設2件、診療所1件、町保健福祉課1件、他2件であった。【症例】80代女性、腹膜癌ターミナル。特別養護老人ホーム入所中「固形物を食べる」と謳気がする」の主訴があり精査目的で当院入院後、コード3 1600kcalを開始した。入院中は週一回のカンファレンスを継続し多職種で情報共有した。原疾患進行や廃用により食欲低下やムセ等が生じた際に機能状態や嗜好に配慮した食事内容に変更した。経口摂取を維持され疼痛コントロールが得られたことから全身状態が安定し、入所施設への退院が決定した。退院前のカンファレンスには施設の管理栄養士が同席され、当院の管理栄養士が栄養情報を直接伝達した。施設再入所後も同様の食事内容と経口摂取を維持された。【考察】栄養情報提供書及びカンファレンスによる情報共有が経口摂取維持に繋がった。地域共通の栄養情報提供書を用いたこと、平成30年度診療報酬・介護報酬改定において管理栄養士が関わる業務が見直されたこと等が後押しとなり施設間連携が進んだと考える。【結語】退院時の栄養情報提供はQOLに寄与する。

## P-3-42

### 胃癌に対する胃切除術後における体組成変化の検討

武蔵野赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、武蔵野赤十字病院 外科<sup>2)</sup>

○太田 三貴<sup>1)</sup>、原 純也<sup>1)</sup>、遠藤 薫<sup>1)</sup>、佐々木佳奈恵<sup>1)</sup>、  
井ノ口幹人<sup>2)</sup>、入江 工<sup>2)</sup>

【目的】胃切除術後の患者は、消化吸収能低下や必要栄養量確保に難渋し体重減少を経験する。体重や骨格筋量の減少は再発のリスクを高め、予後は悪化させることが報告されており、本検討においては今後の栄養管理の参考にすることを目的とした。【方法】2018年8月から2019年4月までに当院外科で胃切除術を行った患者のうち、術前後に体組成分析（InBody720R）を実施した21名（男性10名、女性11名）を対象とした。術後は退院後外来（約1か月後）にて測定。うち6名は術後3ヶ月後の体組成の変化についても比較検討した。【結果】平均年齢76.4（±8.4）歳、術式は幽門側胃切除術（以下DG）16名、胃全摘術（以下TG）5名であった。術前での平均体重55.0（±12.1）kg、平均骨格筋量22.2（±6.1）kg、平均体脂肪量13.5（±5.3）kg。術後は、平均体重51.2（±10.9）kg、平均骨格筋量20.9（±5.5）kg、平均体脂肪量11.6（±5.4）kgといずれも有意に低下していた（p<0.05）。術式別では、DG、TGともに術前後の体重、骨格筋量、体脂肪量はいずれも有意に低下したが（p<0.05）、変化率を比較すると有意差は認められなかった。術前BMI、骨格筋量充足率、握力の観点からも2群に分けて検討したが、いずれも変化率に有意差は認められなかった。術後3ヶ月後に体組成分析を実施した6名（全てDG）の変化は、体重-2.9kg（変化率-5.8%）、体脂肪量-2.4kg（変化率-18.8%）と有意に低下したが（p<0.05）、骨格筋量は-0.5kg（変化率-2.4%）と有意差は認められなかった。【考察】短期的な体組成の変化率は術式や他の因子の影響を受けない可能性が示された。長期的な体組成の変化率は、骨格筋量はある程度維持されており、継続的な栄養指導や体組成分析が骨格筋量の維持に有用である可能性が示唆された。

## P-3-44

### 特別食加算増加に向けての栄養課の取り組みとその成果

横浜市立みなと赤十字病院 栄養課<sup>1)</sup>、経営企画課<sup>2)</sup>、入院業務課<sup>3)</sup>、外科<sup>4)</sup>

○てづか 子塚さおり<sup>1)</sup>、田代 保恵<sup>1)</sup>、黒田 貴子<sup>1)</sup>、奥水 恵子<sup>1)</sup>、  
三浦 裕之<sup>2)</sup>、堀内 清佳<sup>3)</sup>、杉田 光隆<sup>4)</sup>、馬場 裕之<sup>4)</sup>

【背景・目的】病院食は患者にとって入院中の楽しみである一方、病態に応じた食事を提供することは重要である。2018年度の当院の特別食加算割合は32.5%であり、全国の赤十字病院の平均36.8%と比較して低い割合であった。（DPC分析ソフト girasol のデータを引用）当院は病棟担当制で入院患者の栄養管理を行っているが、これまで増加に向けての働きかけは十分でなかった。今回、特別食加算増加にはどのような働きかけが有効であるか検討した。【対象と方法】2019年4月の入院患者を対象とし、以下3項目につき取り組みを実施した。(1) 食事オーダー特別食病名登録の修正（全診療科）、(2) 消化器外科関連特別食加算の対象となる疾患と適応する食糧・病名一覧表の作成・掲示、(3) 消化器外科チーム医への周知、検討項目は特別食加算算定割合とし、病院全体の割合・消化器外科の割合を2018年度と比較した。比較には院内統計データを用いた。【結果】方法(1)にて特別食病名登録の修正を行い、病院全体での特別食加算算定割合は2018年度平均24%から28%と4%の増加が見られた。方法(2)(3)にて医師へ働きかけを行った消化器外科では、2018年度平均30%から37%と7%の増加が見られた。【考察】特別食加算算定割合は増加傾向にあったが、全体の増加率は4%と方法(1)のみでは効果は小さかった。特別食に紐づく病名選択が容易となるだけでは不十分であることが判明した。方法(2)と(3)で働きかけを行った消化器病棟で増加分率はより大きく、加算対象となる疾患や食糧を明文化することにより、医師の入力を手助けする取り組みがより効果を奏したと考えられた。【結語】医師への直接的働きかけを行うことが特別食加算増加にはより有効であった。

## P-3-46

### DPC病院における出来高差額の活用について

日本赤十字社和歌山医療センター 経理部 医事業務課

○小島 基裕<sup>1)</sup>、山田 和樹<sup>1)</sup>、中本 親吾<sup>1)</sup>

【はじめに】DPC／PDPSと出来高点数の乖離（対出来高差額）は、診療内容の妥当性を考察するために活用されてきたものであるが、DPCコーディングが適性であるか再検討の判断材料としても活用することとした。本センターでは、退院コスト計算時に対出来高差額を確認し、極端な差額がでた場合、原因を確認することとしているが、退院業務を行う際は、時間的な制約があり診療内容の精査やコーディング検討など十分に行っていないのが現状であるため、退院後に改めて症例検討を行い、事例情報の有効活用によるコーディングスキル向上、知識・意欲の向上、増収を図った。【方法】ベンチマークシステム girasol を用い、出来高差額マイナス症例の再検討等を行った。年間マイナス症例数4,770件の内、金額割合で半数(52%)を占める－4,000点以上（症例割合14%）に的を絞り、レセプト請求期間中に各診療科担当で病名漏れやコーディングの検討、算定誤りなど精査し、普段から行っているDrへの提案やDPC制度の周知を再度行った。また精査した内容を医事課内勉強会で共有し、コーディングのスキルや知識、考え方の向上を図り、結果を個別症例も含め、幹部会やコーディング委員会、各診療科部長へフィードバックした。【結果】平成30年度で約3,200万円の増収となり、病院全体で差額への意識やコーディングの重要性、病名入力の重要性などが浸透してきた。また医事課内での知識やスキルの向上、収益への意識改革にもつながった。今後は差額症例だけでなく、実施処置をキーに症例をピックアップし、複雑性係数に繋がるコーディングや差額プラス症例でも更にプラスとなるべき症例の検討を行い、収益向上に努めたい。